TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur GEORGES CANUYT

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

[illegible] DE CLINIQUE DES MALADIES DES OREILLES, DU LARYNX
ET DU NEZ A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ASSISTANT D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX

SERVICE DU PROFESSEUR MOURE

A Monsieur le Recteur
de
l'Université de Strasbourg
Respectueux Hommage
Dr Georges Canuyt.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Georges CANUYT

AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES DES OREILLES, DU LARYNX ET DU NEZ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
FAISANT FONCTIONS DE CHEF DE CLINIQUE
Assistant du Professeur MOURE



BORDEAUX
IMPRIMERIES GOUNOUILHOU
9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

—

1920

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIERS

Docteur en Médecine.

Aide de Clinique des maladies des oreilles, du larynx et du nez a la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, faisant fonctions de Chef de Clinique.

Assistant du professeur Moure (sept années).

Lauréat de la Faculté et de l'Université, 1914.

Prix des Amis de l'Université, Médaille d'Argent.

Externe des Hôpitaux (1908).

Interne des Hôpitaux, Concours de 1911.

Lauréat des Hôpitaux, 1909 et 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie.

Membre titulaire de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie.

SERVICES MILITAIRES

D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Assistant du Professeur Moure, Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de la 18e Région :

Hôpital du Tondu.
Hôpital Temporaire no 25.
Hôpital Auxiliaire no 201.
Hôpital Annexe du chemin d'Arès.

Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie a l'Hôpital militaire des Contagieux de Pellegrin.

Chef du service de Laryngologie au Sanatorium militaire de Tuberculeux de Pessac.

Assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie, Ambulance 318; IIIe Armée.

Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Ambulance 3/8; IIIe Armée.

Chef du Centre d'Oto-Rhino-Laryngologie, Gouvernement militaire de Lorraine, Metz. Hôpital Plantières.

ENSEIGNEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Aide de Clinique
des maladies des oreilles, du larynx et du nez,
faisant fonctions de Chef de Clinique.

Assistant du Professeur MOURE

Leçons eliniques. Suppléance de M. le professeur Moure.

Cours dans le service pour les Médecins généraux et les Étudiants dc 3e et 4e année.

Cours aux médeeins sc dcstinant à la spéeialité Oto-Rhino-Laryngologique.

Suppléances régulières de M. le professeur Moure à la Clinique des maladies des oreilles, du larynx et du ncz (période des vacances).

Cours avec démonstrations pratiques à la Clinique O.-R.-L. Examen des malades, séances opératoires de pctitc chirurgie de la spéeialité, proeédés thérapeutiques.

Exerciees de Médecinc opératoire précédés d'un exposé de la teehniquc opératoire.

Séanees opératoires à l'Hôpital du Tondu avee exposé des indications opératoires et des soins post-opératoircs.

Conférenees d'Internat aux étudiants se destinant à ee concours.

Cours de perfectionnement d'Oto-Rhino-Laryngologie du professeur Moure, juillet 1920.

Leçons cliniques, examens des malades, méthodes thérapeutiques, petite chirurgie, exercices de médecine opératoire.

Conférences sur l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie.

L'Oto-Rhino-Laryngologie et la Pathologie générale.

Cours d'Anatomie générale, de Pathologie interne et externe et de Thérapeutique aux élèves de L'École d'infirmières de l'Hôpital du Tondu durant plusieurs années.

Cours d'Oto-Rhino-Laryngologie, suivi de démonstrations pratiques, aux infirmières militaires et aux infirmières de la Croix-Rouge.

Conférences d'Oto-Rhino-Laryngologie faites à l'Hôpital Militaire de Plantières, à Metz.

Ce que tout praticien doit savoir :

1° En Otologie;

2° En Rhinologie;

3° En Laryngologie.

Ce qu'il faut faire et *surtout ce qu'il ne faut pas faire.*

TRAVAUX SCIENTIFIQUES [1]

1. LIVRES

2. MÉMOIRE

3. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

1. Les travaux importants sont marqués d'un astérisque ★.

---

1. LIVRES

I. PATHOLOGIE DE GUERRE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Un grand volume de 400 pages, avec 128 gravures dans le texte et 8 planches en couleurs contenant 17 figures. — Publié en collaboration avec le professeur Moure et le Dr Liébault (Paris, librairie Alcan, 1918).

Ce livre comprend quatre chapitres : les *Troubles fonctionnels du larynx*, les *Lésions extrinsèques ou extra-laryngées*, les *Blessures du conduit laryngo-trachéal* et les *Interventions chirurgicales sur le larynx et la trachée.*

CHAPITRE PREMIER

Troubles fonctionnels du larynx

Dans ce chapitre, nous avons étudié les troubles fonctionnels du larynx sans aucune lésion objective. Le symptôme principal est un trouble de la parole : mutité, aphonie, bégaiement. Ces troubles de fonctionnement laryngé sont dans quelques cas de nature hystéro-traumatique ; parfois, ils sont d'origine émotionnelle, mais le plus souvent ils font partie du syndrome commotionnel. Il y a, dans ce cas, à leur origine, une perturbation cérébrale pouvant amener de l'amnésie rétrograde ou encore des troubles inhibiteurs de tout l'appareil sensorio-

moteur; mais d'ordinaire cette perturbation provoque des troubles fonctionnels moteurs des muscles du larynx, de la respiration, de la mimique occasionnant chez ces malades des dyscinésies fonctionnelles.

A l'examen laryngé, il faut ajouter l'examen respiratoire; en effet, la phonation nécessitant un souffle d'une certaine intensité, il est indispensable chez les mutilés de la parole de se rendre compte de l'état de leur soufflerie et de l'appareil résonateur.

Le traitement consistera dans l'électricité, la galvanisation, mais surtout dans l'orthophonie. Cette méthode s'inspire des symptômes objectifs constatés et s'efforce d'agir non seulement sur l'appareil vibrant, mais aussi sur l'appareil producteur du souffle et sur les résonateurs; d'où éducation respiratoire, éducation des résonateurs, éducation laryngée (recherche de la voix, provocation de la voix, massage du larynx, culture de la voix).

CHAPITRE II

Lésions extrinsèques ou extra-laryngées

Avant d'aborder la pathologie traumatique des nerfs laryngés et l'étude des paralysies laryngées associées, nous avons fait un résumé de l'anatomie et de la physiologie de ces nerfs. A propos du vago-spinal, nous avons exposé succinctement les différentes théories émises sur l'origine du récurrent. Nous partageons l'opinion de ceux qui concluent à la séparation fonctionnelle et complète du pneumogastrique et du spinal. Cette indépendance des deux nerfs cadrerait avec nos idées sur la situation des fibres récurrentielles dans le spinal. Nous pensons, en effet, qu'entre le ganglion plexiforme et l'origine apparente des récurrents, ces fibres sont superfi-

cielles, excentriques, engainant le pneumogastrique à la manière d'un fourreau. Cette situation des fibres pneumogastriques à l'intérieur et enveloppées à l'extérieur par celles du spinal explique cliniquement comment un projectile pourra déterminer une paralysie récurrentielle sans avoir traversé la région où anatomiquement se trouve le récurrent proprement dit, lésant le pneumogastrique en ne touchant que la surface du nerf.

Nous donnons ensuite, avec de belles planches coloriées, un aperçu de l'anatomie topographique des nerfs craniens et du facial susceptibles de déterminer des paralysies associées. Cet exposé, très clair, avec quelques pages sur les rapports chirurgicaux des quatre derniers nerfs craniens, montre que ces paralysies associées ne sont guère possibles qu'en certains endroits très limités, notamment à leur sortie de la cavité cranienne, Il permet de comprendre pourquoi, en traversant une région, un projectile déterminera tel symptôme plutôt que tel autre.

Au point de vue pathologique, nous avons envisagé successivement les lésions du nerf laryngé, les blessures du récurrent et les paralysies associées par blessures de guerre. Après avoir exposé les symptômes dus à une lésion complète ou incomplète du vago-spinal, nous donnons une étude détaillée des syndromes divers *des paralysies associées.* nombreuses, vu la variété et le nombre des nerfs qui peuvent être touchés par un projectile en même temps que le vago-spinal ou l'une de ses branches : 1° paralysie du spinal associée au grand hypoglosse ; 2° paralysie du spinal associée au glosso-pharyngien ; 3° paralysie du spinal associée à la paralysie du sympathique ; 4° syndrome total des quatre derniers nerfs craniens pur et associé à une lésion du sympathique cervical ou du facial périphérique.

Nous avons joint à ce chapitre les lésions des organes voisins pouvant participer au traumatisme : œsophage, hypopharynx, base de la langue.

CHAPITRE III

Blessures du conduit laryngo-trachéal

Après avoir exposé quelques généralités sur la direction du projectile (*a.* sens antéro-postérieur; *b.* sens transversal ou sens oblique), sur la profondeur des lésions (plaies superficielles et profondes), sur la nature des agents vulnérants (balles, shrapnels, éclats d'obus, parties vestimentaires), nous entrons dans la partie vraiment intéressante du sujet et donnons un tableau clinique de ces traumatisés.

A. Grands traumatisés du larynx. — Nous montrons le malade la gorge ouverte par un éclat d'obus, avec une gêne respiratoire intense, ne pouvant parler et chez qui le moindre mouvement éveille des douleurs. Nous décrivons ce que l'on voit : la déformation de la région antérieure du cou, la plaie plus ou moins large, l'orifice d'entrée petit et l'orifice de sortie large et cratériforme, l'hémorragie plus ou moins abondante, le gonflement, l'emphysème.

Quelle conduite tenir? D'emblée parer au plus urgent. Maintenir la respiration : « Faire avant tout respirer le malade avec ce qu'on a sous la main, le plus tôt possible. » Arrêter l'hémorragie. Combattre l'emphysème.

B. A côté de ces cas graves, on observe des Plaies du larynx, où on a un blessé à soigner méthodiquement et non une « urgence à faire ». A côté de parois détruites, certaines sont saines, les plus exposées sont les superficielles (thyroïde et cricoïde). A côté de la symptomatologie d'ensemble : plaie, hémorragie moyenne, sifflement si la cavité est ouverte, bulle d'air sanguinolente, salive rosée de sang, troubles phonétiques, aphonie, il existe des formes cliniques dont le tableau variera suivant la portion atteinte (épiglotte, muscles laryngiens, hémorragie sous-muqueuse, paralysie des muscles dilatateurs

ou phonateurs, etc.). Les principes donnés pour le traitement d'urgence trouvent ici leur application. Mais si une trachéotomie est nécessaire, il faudra la faire à distance et non dans la plaie.

C. Fractures du larynx. — Le tableau clinique varie suivant l'étendue des lésions et doivent parfois être recherchées avec soin. Certaines fractures compliquées des cartilages se présentent parfois sous l'aspect de plaies sans importance, alors qu'il s'agit de lésions très sérieuses. Les malades sont, en effet, à la merci d'accidents brusques et dramatiques (œdème laryngé, emphysème rapide, hémorragie). Comme traitement : abstention armée si on ne fait pas une trachéotomie préventive.

D. Plaies de la trachée. — Elles sont bénignes si la section est partielle et guériront avec quelques points de suture. Si la section est complète et le tronçon inférieur attiré vers le médiastin, elles sont graves. La trachéotomie basse doit être faite, si elle est possible; sinon mettre une canule ou un fort drain dans le bout inférieur. Assurer la respiration et arrêter l'hémorragie, tel est le traitement.

E. Les corps étrangers des voies aériennes peuvent surgir : 1º en dehors du larynx; 2º dans les parois du larynx ou de la trachée; 3º dans les voies aériennes. Dans le dernier cas, ils peuvent : *a*) être expulsés par les voies naturelles; *b*) être logés dans l'intérieur du larynx; *c*) être dans la trachée ou dans les bronches. Le diagnostic doit être basé sur la radioscopie et la radiographie.

I. Nous exposons à ce propos les progrès rapides faits depuis la guerre pour la recherche et la localisation des projectiles en général. Nous indiquons les véritables méthodes mises en usage, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Nous donnons enfin notre opinion personnelle basée sur les résultats obtenus en oto-laryngologie.

II. *Localisation et extraction des corps étrangers en oto-rhino-laryngologie.* Nous insistons sur l'importance du repérage du projeetile :

1° Dans le crâne : cst-il sous les téguments, intra-osseux ou intra-cranien?

2° De la face : intra-osseux, intra-sinusien ou dans la fosse ptérygo-maxillaire?

3° Dans le cou : est-il superficiel, intra-musculaire, dans le larynx ou non?

La loealisation anatomique exaete détermine la voie d'aceès, ee qui est de la plus haute importancc en spécialité.

Tous les appareils sont bons pour l'extraction du projectile, mais une seule méthode réussit toujours : c'cst l'extraction sous l'éeran; étant données les régions dangereuses du cou et de la face (ncrf facial, eanal de Sténon), il faut y voir et y voir elair. Nous nous servons du eontrôle intermittent de l'écran, à la lumière du jour, suivant la technique et la méthode du professeur agrégé Réchou. Le projeetile étant repéré, le chirurgien détermine la voie d'aecès préférable. Le malade est plaeé sur la table radio-chirurgieale; le radiologiste, muni de la bonnette radioscopique, peut, à ehaque instant, montrcr au ehirurgien la direction du projectile et le conduire sur ee dernier d'une manière certaine. Il est entendu que l'emploi du miroir éleetrique est indispensable, ayant l'énorme avantage de montrer le projeetile, que ni le doigt ni le stylet ne permettent dc repérer aussi faeilcment.

III. *Technique opératoire de l'extraction :*

1° Corps étranger laryngé. *a*) Voie naturelle : pinees laryngiennes; *b*) voie externe : thyrotomie; indiquée surtout quand le eorps étranger est enelavé dans les eordes, dans les ventricules, dans la région vestibulairc profonde;

2° Corps étranger traehéal. *a*) Voie naturclle : trachéoscopie supérieurc; elle ne doit être employée quc dans des cas bien spéeiaux, rares, car ellc provoquc beaucoup plus souvent qu'on ne le dit ct surtout qu'on nc l'éerit de graves ennuis;

b) Voie externe : la trachéotomie seule, le corps étranger étant spontanément expulsé au dehors après l'ouverture de la trachée, ou la trachéotomie avec trachéoscopie inférieure est indiquée pour les corps étrangers mobiles ou fixes, sous anesthésie locale. On devra toujours faire la suture immédiate et complète de la trachée; on ne court aucun risque; il suffit, en effet, de faire sauter un ou deux points de suture s'il survient une complication.

3° Corps étrangers bronchiques. Trachéotomie et bronchoscopie inférieure. L'intervention précoce est un gros élément de succès. Tardive, elle peut être suivie d'accidents sérieux (emphysème, collection purulente, broncho-pneumonie).

IV. *Evolution, complications et pronostic des traumatismes laryngo-trachéaux.*

Accidents immédiats : mort subite; entrée de l'air dans les veines.

Accidents ultérieurs : périchondrite secondaire traumatique; œdème aigu ou chronique; suppuration laryngo-trachéale : *a*) abcès aigus du larynx extrinsèques ou intrinsèques; *b*) suppuration chronique du larynx; sténoses inflammatoires, paralytiques, cicatricielles.

Les *sténoses cicatricielles du larynx* (1), les plus dignes d'intérêt dans la laryngologie de guerre, font l'objet d'une étude minutieuse, détaillée et très complète. Le plus souvent occasionnées par des balles ou des grenades, leur gravité ne dépend pas du projectile, mais du siège et surtout de l'étendue de la lésion. Les rétrécissements tubulaires totaux sont, en général, fort graves, très difficiles à traiter et surtout à guérir. Ils ne ressemblent en rien aux atrésies cicatricielles observées en temps de paix, à la suite d'ulcérations ou de périchondrites syphilitiques, typhiques ou autres. Le projectile ne détruisant pas les mêmes points de la charpente laryngo-trachéale et ne déterminant jamais de pertes de substance comparables

(1) Voir plus loin, page 31, les *travaux personnels* sur la question : Les laryngo-sténoses cicatricielles de guerre.

entre elles, les altérations locales sont donc plus variées dans leur siège et surtout dans leurs formes. Aussi s'agit-il des questions d'espèees et non d'altérations plus ou moins elassiques.

Au point de vue du siège, la sténose sera laryngée ou trachéale, ou les deux à la fois. Dans le premier eas, elle sera partielle; dans le seeond diffuse, plus ou moins serrée ct étendue.

Au point de vue de la forme, elle sera : 1° circulaire ou membrancuse : *a*) annulaire; *b*) valvulaire; *c*) tubulaire : a) dans les eas légers, le tissu eicatriciel envahit une partie du eonduit laryngo-trachéal; *b*) dans les formes graves, le conduit peut avoir disparu complètement et être remplacé par un magma cicatriciel informe.

Leur caractère eapital est d'être multiples, étendues, souvent totales et graves.

Le blessé pourra ou non être porteur dc canule. L'examen de la région eervieale devra être méthodiquement pratiqué. On palpera la région. On s'aidera du stylet pour examiner l'orifice d'entrée du projeetile et celui de la canule, On ne manquera pas de faire la laryngoseopie : elle donne de préeieux renseignements, mais le résultat de l'examen est souvent indéeis et même trompeur.

L'étude clinique de ces traumatismes nous a permis de constater eombien les sténoses étaient rebelles à tout traitemcnt non chirurgical; nous conseillons la laryngostomie.

F. Gaz toxiques en laryngologie. — Beaucoup de gaz n'ont pas d'odeur et agissent surtout en présence de l'humidité; aussi leur effet nocif ne s'observe-t-il pas aussitôt qu'ils sont mis en eontact avec les téguments.

Les lésions varient suivant la eomposition ehimique du gaz. Dans la forme légère, les malades n'éprouvent qu'une cuisson ardente de l'arrière-gorge, un picotement du pharynx et de l'enrouement. Au laryngoseopc, rougeur et très légère tuméfaction de la muqueuse laryngo-trachéale avec parésie muscu-

laire des cordes vocales. Aucune lésion nasale. Pas de phénomènes généraux. Dans la forme grave et profonde : toux quinteuse, persistante. Expectoration sanguinolente, enrouement et aphonie. Brûlures de l'arrière-gorge avec exsudats disséminés. Le larynx présente une tuméfaction en masse de la région postérieure. Les aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques sont boursouflés, ainsi que les bandes ventriculaires; les cordes vocales sont épaissies et distendues. Malade fatigué. Fièvre de 39 à 40 degrés. Pouls de 120 à 140 pulsations. Fosses nasales souvent indemnes.

Le pronostic est variable suivant la forme, et la durée des troubles est de un à deux mois.

Le traitement consiste à calmer la toux par les moyens généraux ordinaires et en insufflant dans le larynx la poudre préconisée par Lubet-Barbon, à base de morphine, d'acide borique, de sucre, de lait et de gomme arabique, parties égales. Les inhalations dans une salle de humage sont excellentes, mais on évitera de prescrire des inhalations individuelles.

CHAPITRE IV

Interventions chirurgicales sur le larynx et la trachée

Dans ce chapitre, qui ne contient pas moins de 185 pages, nous exposons la chirurgie intra-laryngée : trachéotomie, thyrotomie, trachéo-laryngoscopie.

La description du manuel opératoire de chacune d'elles fait l'objet de soins tout spéciaux. Nous indiquons avec précision et minutie les indications et contre-indications, l'instrumentation, les dispositions préliminaires (place du malade, du chirurgien, des aides), l'anesthésie, la technique opératoire. Nous insistons sur les soins post-opératoires, les incidents et

les accidents; enfin nous donnons les résultats obtenus. Grâce aux planches coloriées dues au pinceau de M. Dupas, à qui il nous plaît de rendre hommage, et aux nombreux dessins et photographies, on suit pas à pas les différents temps des opérations.

Nous ne pouvons dans cette analyse développer comme il conviendrait ce chapitre si digne d'intérêt. Nous nous contenterons d'exposer nos idées personnelles sur le sujet et de résumer nos conclusions.

La *trachéotomie* est, pour nous, une opération de la plus haute importance. L'instrumentation nécessaire à cette intervention doit, dans les hôpitaux et les ambulances, être prête à servir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Pour cela, il faut toujours avoir une boîte à trachéotomie stérilisée.

La trachéotomie proprement dite doit être faite méthodiquement sous le contrôle de la vue, avec hémostase, sur les premiers anneaux de la trachée. La laryngotomie intercrico-thyroïdienne, sauf indication d'extrême urgence ou d'ouverture temporaire, ne doit jamais être pratiquée. La trachéotomie de guerre, théoriquement, doit être faite suivant la technique classique; pratiquement, on mettra la canule comme on pourra et où on pourra; il faut d'abord et avant tout sauver le malade.

La *thyrotomie* y est soigneusement traitée; le projectile intra-laryngé est l'indication principale de la thyrotomie de guerre. La méthode de choix est le procédé dit « de Moure », thyrotomie sans trachéotomie, avec suture immédiate des voies aériennes. Tels sont les caractères essentiels de cette intervention. Il faut ajouter que l'anesthésie doit être toujours locale, à la novocaïne-adrénaline. Les avantages de ce procédé sont incontestables; l'anesthésie locale rend l'opération presque inoffensive, les manœuvres endolaryngées se font aisément, la cicatrisation est rapide et les chances d'infection diminuées. Les inconvénients (asphyxie, emphysème sous-cutané, hémorragie secondaire, infection de la plaie)

seraient plus théoriques que réels, et si ces complications surviennent, elles peuvent être facilement combattues.

La technique opératoire de la *laryngo-trachéostomie* y est longuement traitée; aucun détail ne doit être laissé de côté, et les soins postopératoires concernant la dilatation du larynx et le maintien de la stomie, de beaucoup plus importants que l'opération elle-même, à notre sens, font l'objet d'une étude très minutieuse. Nous ne nous contentons pas de décrire le *modus faciendi;* des gravures sont là, nombreuses, pour montrer la manière de pratiquer *le pansement « en cigare » de Cànuyt.* Dans les observations des laryngosténoses recueillies à la fin du volume, on peut voir certains malades photographiés dans le cours du traitement et après l'autoplastie laryngo-trachéale.

Aprés avoir rendu hommage à Sargnon, à qui on doit l'introduction de la laryngostomie en France, nous avons exposé les méthodes perfectionnées et simplifiées qui nous ont donné d'excellents résultats dans les sténoses cicatricielles.

Supprimer ces sténoses définitives et ne pas réformer un sténosé du larynx porteur d'une canule avant d'avoir essayé chez lui la réparation des désordres et le rétablissement du calibre normal du conduit aérien et vocal, tel est le but scientifique et humanitaire que nous avons recherché en perfectionnant la trachéo-laryngostomie.

Ces efforts et cette longue patience paraissent heureusement avoir été couronnés de succès. En effet, sur 24 malades à qui nous avons fait la trachéo-laryngostomie, suivie de dilatation caoutchoutée, 8 sont complètement guéris et 16 en bonne voie de guérison. Ainsi donc, pour nous, l'immense majorité des « canulards de guerre peuvent et doivent être guéris », c'est-à-dire respirer par les voies naturelles et même parler couramment.

II. L'ANESTHÉSIE LOCALE ET RÉGIONALE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Un volume de 200 pages, avec 117 figures dans le texte. Préface du professeur Moure. — Publié en collaboration avec le Dr Rozier (Paris, Octave Doin, mai 1920).

La technique de l'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie n'était jusqu'à présent décrite qu'incidemment parmi d'autres interventions de chirurgie générale et toujours avec des données restreintes. Il n'existait aucun ouvrage complet donnant la technique précise de l'anesthésie locale et montrant tout le bénéfice qu'on peut en tirer. C'est dans ce but que nous avons publié ce livre qui, suivant l'expression du professeur Moure dans sa préface, « mettra sous les yeux des spécialistes tous les documents et tous les renseignements dont ils auront besoin pour pratiquer telle ou telle opération de notre spécialité ».

L'ouvrage débute par un chapitre de *Généralités* indiquant les avantages de l'anesthésie locale, soit seule, soit combinée à l'anesthésie régionale, les différentes solutions à employer, les accidents qui peuvent leur être imputés, les indications et les contre-indications générales.

Les chapitres suivants passent en revue les différentes régions de la face et du crâne, et étudient pour chacune d'elles les indications, les contre-indications, la technique à suivre pour faire une bonne anesthésie régionale.

Dans les *fossse nasales*, deux règles très importantes sont à retenir : 1o l'anesthésie régionale et tronculaire sera réservée aux grandes interventions par voie externe; 2o toutes les fois qu'on interviendra par les voies naturelles, on aura recours aux badigeonnages, attouchements, pulvérisations et parfois infiltration sous-muqueuse.

La *plastique de la face* et la *rhinoplastie* ont pris pendant la guerre une grande importance; l'anesthésie régionale et locale a, dans cette chirurgie, une prépondérance absolue sur l'anesthésie générale qui est toujours contre-indiquée. On en sera toujours satisfait si on se rappelle : 1° que les nerfs sensitifs de la face, tout en ayant anatomiquement un territoire bien délimité, s'enchevêtrent pratiquement les uns dans les autres; 2° qu'il ne faut pas injecter les pédicules des lambeaux dont la vitalité serait compromise; 3° qu'il faut anesthésier un champ opératoire plus vaste que le pourtour de l'incision prévue. Les avantages d'une telle méthode sont multiples : la chloroformisation ne gêne pas, le blessé se prête à l'intervention, le champ opératoire est presque exsangue grâce à la vaso-constriction de l'adrénaline.

Au niveau des *sinus frontaux* l'anesthésie locale doit être préférée à l'anesthésie générale, bien que celle-ci ne soit pas condamnée d'une façon absolue. L'anesthésie locale n'est d'ailleurs applicable que si on emploie le procédé de la cure radicale d'Ogston-Luc, en négligeant les procédés d'outre-Rhin aussi mutilants qu'inutiles.

Le *sinus maxillaire* est justiciable par contre d'une manière constante de l'anesthésie locale et régionale, sans qu'il soit jamais indiqué d'employer la narcose, même lorsqu'on opère les deux sinus dans la même séance, ce qui doit être la règle en cas de sinusite double. C'est là qu'on voit les avantages qu'il y a à associer les deux anesthésies régionale et locale; l'anesthésie tronculaire par voie zygomatique sera la méthode de choix, mais pratiquement il lui faut adjoindre l'infiltration locale muqueuse et périostée de la fosse canine.

Au *niveau du larynx,* nombreuses sont les indications de l'anesthésie locale. Dans les manœuvres endolaryngées par voie normale, on emploiera soit les badigeonnages, soit les insufflations de poudre, soit les instillations au goutte à goutte (méthode de Lubet-Barbon et Martin). En pratique, cette anesthésie permet les examens laryngés difficiles, les biopsies, l'extraction des corps étrangers, l'ablation des tu-

meurs bénignes : polypes, nodules, papillomes, etc. Par voie externe, toutes les interventions seront possibles sous anesthésie locale : la trachéotomie, la laryngotomie intercricothyroïdienne, la thyrotomie, la trachéo-laryngostomie avec autoplastie laryngo-trachéale, la laryngectomie en sont parfaitement justiciables : l'anesthésie générale est formellement contre-indiquée.

Dans les *méthodes endoscopiques* dont l'extension est actuellement si considérable, l'anesthésie locale est une ressource précieuse. Nous donnons une technique et une instrumentation intéressantes de *trachéoscopie directe ;* nous indiquons en outre toutes les précautions à prendre aussi bien dans la *trachéoscopie* et *bronchoscopie* que dans l'*œsophagoscopie* et même la *gastroscopie.*

La chirurgie de l'*oreille* peut être faite en entier sous anesthésie locale. « Seules les grandes interventions osseuses, réservant des surprises, seront faites sous anesthésie générale. » C'est ainsi qu'au niveau du *pavillon* toutes les opérations ayant pour but de corriger une malformation, de pratiquer une plastique, d'enlever une tumeur peuvent être faites sous anesthésie locale : il n'y a d'exception que pour les processus inflammatoires et les périchondrites. Le *conduit auditif externe* s'anesthésie facilement soit par voie naturelle, soit par voie rétro-auriculaire; ici encore, les processus inflammatoires, furoncles et otites externes diffuses, sont les seules contre-indications.

Dans les *mastoïdites* en général, il est préférable d'opérer sous anesthésie locale; quand l'état général du sujet est très atteint, c'est une nécessité. L'*évidement pétro-mastoïdien* lui-même est très praticable de cette façon : Nous indiquons la technique de cette anesthésie bien réglée par Lubet-Barbon.

Tenant à nous conformer à l'enseignement de l'École de Bordeaux, nous envisageons l'oto-rhino-laryngologie sous un jour assez vaste et décrivons les indications de l'anesthésie régionale et locale sur la cavité buccale et le cou.

Au niveau de la *voûte et du voile du palais*, il n'y a de contre-indications à l'emploi de l'anesthésie locale que la présence de tumeurs malignes étendues ; chez les enfants, il est en outre difficile de faire une urano-staphylorraphie sans anesthésie générale. L'*amygdalotomie*, l'ablation des tumeurs bénignes de l'amygdale et celle des tumeurs malignes limitées, doit être faite sous anesthésie locale; par contre, il ne saurait en être question pour l'ablation des tumeurs malignes étendues qu'on pratique par voie externe transmandibulaire : il faut dans ces cas recourir à l'anesthésie générale. De même pour la *langue*, au niveau de laquelle l'anesthésie locale et régionale permet l'ablation de toutes les tumeurs limitées.

Les interventions sur les *lèvres* sont très faciles avec l'anesthésie locale. Quant au *maxillaire inférieur*, les opérations limitées bénéficieront d'une anesthésie locale et surtout régionale sur le nerf dentaire inférieur : c'est particulièrement le dentiste qui l'utilisera et en tirera le plus grand profit.

En somme, nous avons tenu à faire une œuvre utile, et *surtout très pratique*. Notre livre est vécu, il est le fruit d'un travail quotidien datant de plusieurs années. Il est le reflet de l'enseignement de mon maître le professeur Moure, il doit vulgariser l'anesthésie régionale, et montrer tous les avantages qu'on peut en tirer, et que depuis longtemps l'École bordelaise a mis en valeur, en portant la technique de cette anesthésie à un haut degré de perfectionnement.

III. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1er volume : LES OREILLES

Un grand volume illustré actuellement à l'impression chez O. Doin, éditeur, place de l'Odéon. Doit paraître en décembre 1920. — Ce volume est publié en collaboration avec le professeur Moure et le Dr Liébault.

Dans un premier chapitre nous avons tenu à développer les principes généraux qui doivent guider l'oto-rhino-laryngologiste toutes les fois qu'il fait œuvre chirurgicale.

L'aspiration électrique continue et l'anesthésie locale sont les deux acquisitions récentes sur lesquelles il nous a paru utile d'insister.

L'anesthésie locale et régionale a été l'objet de soins tout particuliers, étant donnée l'importance de cette méthode qui permet, en principe, de pratiquer toutes les interventions oto-rhino-laryngologiques quelles qu'elles soient, et avec quelle facilité !

L'examen de l'oreille et les procédés généraux de thérapeutique des maladies de l'oreille étaient les considérations qui s'imposaient avant de décrire la technique chirurgicale otologique et dont nous avons fait état.

La chirurgie de l'oreille externe, qui comprend les interventions sur le pavillon et le conduit auditif externe, n'a pas été sacrifiée. Les malformations et les difformités ont bénéficié du résultat du champ d'expérience si vaste que nous avait offert la guerre avec les blessures mutilantes du pavillon de l'oreille.

La chirurgie du conduit auditif externe, qui est celle des rétrécissements, des tumeurs et des corps étrangers, présente certains développements originaux, surtout au sujet des atrésies du conduit. Il nous a paru utile, dans le chapitre des corps étrangers, d'indiquer ce qu'il faut faire *et surtout ce qu'il ne faut pas faire.*

La chirurgie de l'oreille moyenne comprend les interventions sur le tympan, les osselets et surtout la caisse.

L'antrotomie et l'évidement pétro-mastoïdien ou cure radicale sont les deux opérations capitales sur l'oreille. La technique opératoire de chacune d'elles a été décrite minutieusement, ainsi que les indications opératoires et les soins post-opératoires.

Les procédés de l'École bordelaise ont été mis en valeur non seulement par des planches dues à un véritable artiste, mais surtout par les résultats dont nous faisons part au lecteur en toute impartialité et qui ont consacré la supériorité de ces méthodes.

La chirurgie de l'oreille interne, qui se résume dans celle du labyrinthe, est devenue une conquête otologique depuis les travaux remarquables qu'Hautant a faits chez Lermoyez; nous lui avons donné la place et le développement qu'elle mérite.

La chirurgie du sinus latéral et du golfe de la jugulaire, c'est-à-dire la chirurgie veineuse de l'oreille présente une importance pratique de premier ordre; aussi faut-il bien la connaître pour savoir poser l'indication opératoire et intervenir largement et judicieusement dans des cas souvent troublants.

La chirurgie cranio-encéphalique termine ce volume.

La conduite à tenir en face des méningites est très importante et a été enrichie des notions les plus modernes qui nous sont fournies par la ponction lombaire et le laboratoire.

Mais c'est l'abcès du cerveau qui constitue le chapitre intéressant. Nous avons eu l'occasion d'en soigner et d'en guérir un certain nombre, et c'est cette technique vécue que nous avons offerte à ceux qui voudront bien nous lire.

Tel est le premier volume de la *Technique chirurgicale* de Moure. C'est une œuvre destinée à mettre entre les mains des spécialistes une technique chirurgicale précise, qui ne soit pas édifiée sur les théories, mais sur le terrain solide de la saine clinique et d'une longue expérience. Nous espérons qu'elle donnera d'excellents résultats, et, si cet espoir est réalisé, ce sera notre meilleure récompense.

En préparation :

2e volume : **LE NEZ. LES FOSSES NASALES. LE NASO-PHARYNX. LES CAVITÉS ACCESSOIRES.**

3e volume : **LE LARYNX. LE PHARYNX. LA TRACHÉE ET LES BRONCHES.**

Le *Traité complet de technique opératoire oto-rhino-laryngologique* aura paru en entier en 1921.

2. MÉMOIRE

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE SUR LES PROPRIÉTÉS HÉMOSTATIQUES DE L'EXTRAIT HYPOPHYSAIRE EN GÉNÉRAL ET EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE EN PARTICULIER

Mémoire de physiologie couronné par la Faculté et l'Université. Prix des Amis de l'Université.

Ce mémoire important comprend 102 pages et trois planches avec des tracés mettant en relief l'action spécifique des extraits d'hypophyse sur la circulation, le rein, le corps thyroïde et la muqueuse pituitaire.

Dans le premier chapitre, nous avons étudié l'Anatomie, l'Histologie et la Physiologie des lobes postérieurs de l'hypophyse. Nous nous sommes surtout attachés à montrer que l'hypophyse réalise un type accompli de *glande à sécrétion interne*.

Le deuxième chapitre est une étude expérimentale sur les extraits hypophysaires et surtout celui du lobe postérieur. Nous avons fait à ce *propos des recherches personnelles* dans le laboratoire du professeur Pachon. Les expériences ont été faites sur un « chien neuf » et enregistrées sur les planches IIet III.

Les conclusions de notre travail sont les suivantes :

L'extrait postérieur élève la pression artérielle, c'est un *hyperlenseur*.

La vaso-constriction généralisée que détermine cet extrait est très marquée et très prolongée au niveau du *corps thyroïde*, assez marquée et plus courte au niveau de la muqueuse nasale.

L'extrait postérieur amène au niveau des reins après une vaso-constriction initiale, une vaso-dilatation très marquée.

L'extrait postérieur a une action coagulante que nos expériences personnelles nous ont fait reconnaître peu active. L'extrait postérieur a sur les fibres musculaires lisses une action indéniable, très analogue sans doute à l'extrait surrénal; il a une action très nette sur les fibres musculaires lisses et sur les organes musculaires de ce type : vessie et utérus.

Une partie intéressante de notre travail réside dans le mécanisme de l'hémostase observée. A ce sujet, en effet, nous avons fait des *réflexions personnelles* au sujet des médicaments vaso-constricteurs employés comme hémostatiques et surtout *au sujet du mécanisme de l'hémostase par l'extrait hypophysaire;* cette hémostase se faisant surtout par vaso-constriction générale.

Le chapitre troisième est le plus important du Mémoire, car il renferme une étude complète clinique et thérapeutique de l'extrait hypophysaire (lobe postérieur).

Nous avons étudié l'action de cet extrait comme *hémostatique général* dans les hémorragies spontanées et dans les hémorragies opératoires et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

L'action hémostatique est *indiscutable, et assez constante*; elle paraît plus marquée quand l'extrait hypophysaire est employé *à titre préventif* que quand il est employé *à titre curatif.*

L'extrait hypophysaire est toni-cardiaque, il relève la tension artérielle, combat l'action syncopale de la cocaïne et évite ainsi les syncopes.

L'extrait hypophysaire évite des hémorragies secondaires dues à l'emploi des autres hémostatiques et en particulier de l'adrénaline.

Par contre, l'étude que nous avons faite sur l'extrait hypophysaire employé comme *hémostatique local* nous a donné des résultats *absolument nuls.*

Nous avons terminé ce chapitrc cn mettant au point le mode d'emploi, la valeur et le rang de l'extrait d'hypophysc. Nous nous sommes basés sur plusieurs centaincs de malades et nous nous sommes intéressés tout particulièrement à la reeherche et à l'interprétation de la pression artérielle quand on emploie l'extrait hypophysaire.

L'Appendiec contient les indications de l'emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique, ee qui est très important dans la pratique médicale ; enfin, quel est le résultat de l'cmploi de l'extrait hypophysaire dans le goître exophtalmique.

En résumé, nous avons entrepris ce travail dans le Laboratoire du professeur Pachon et dans les services des professeurs Pitres et Moure dans le but d'étudier l'extrait hypophysairc (lobc postérieur) au triple point de vue *expérimental, clinique et thérapeutique.*

Lcs conclusions nous ont montré quc cc *travail original* était plein d'intérêt et qu'il y aurait intérêt à faire une étude expérimentale et comparativc des extraits dcs autres glandes à sécrétion interne.

3. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS[1]

I. MÉDECINE GÉNÉRALE

Les angines aiguës d'origine arthritique (*Revue de laryngologie* de Moure, décembre 1916).

Certaines angines à allure bruyante sont la localisation au niveau de l'arrière-gorge d'une affection générale d'origine arthritique dont la plus fréquente est la goutte. Parfois ces fluxions amygdaliennes ressemblent à s'y méprendre aux abcès préamygdaliens, mais l'ouverture chirurgicale est toujours blanche. Le traitement doit être basé sur les connaissances générales qui permettent de diagnostiquer la maladie causale et de la traiter.

Sur un cas de pouls lent permanent. — En collaboration avec le professeur agrégé Carles (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 28 décembre 1913, nº 52).

Nous avons publié dans cet article un cas des plus intéressants de bradycardie.

Laryngite tuberculeuse et grossesse. Présentation d'un malade à la Société de Médecine et de Chirurgie en mai 1920 (Compte rendu dans la *Gazette hebdomadaire des hôpitaux*).

L'École allemande préconise l'avortement systématique chez les femmes enceintes atteintes de laryngite bacillaire. L'École française, par la voix de Pinard, a protesté contre ce dogme exagéré et l'histoire de cette malade est la preuve que l'expectative armée est la conduite de choix.

(1) Les publications précédées d'un astérisque (★) sont les plus importantes.

Sur un cas de syndrome pur de paralysie des quatre derniers nerfs craniens. Présentation de la malade à la Société de Médecine et de Chirurgie, juillet 1920 (Compte rendu dans la *Gazette hebdomadaire des hôpitaux*).

Ce syndrome qui a été très étudié pendant la guerre est surtout le résultat d'un projectile qui a déterminé la lésion des quatre derniers nerfs craniens.

Dans le cas particulier, il s'agit d'une lésion syphilitique de la base du crâne ayant intéressé le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et le spinal au niveau du trou déchiré postérieur ainsi que le grand hypoglosse au niveau du trou condylien antérieur.

II. PHYSIOLOGIE

★ **Etude expérimentale et clinique sur les propriétés hémostatiques de l'extrait hypophysaire en général et en oto-rhino-laryngologie en particulier.** Mémoire comprenant 102 pages et 3 planches de tracés, avec *recherches personnelles de laboratoire* (déjà cité).

III. CHIRURGIE GÉNÉRALE

★ **CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR LES POLYPES FIBREUX DITS NASO-PHARYNGIENS.** — En collaboration avec le professeur Moure (*Revue de Chirurgie*, 10 juin 1914, nº 6).

Ce travail *important* est une mise au point de la question. Des erreurs nombreuses, de première importance, se perpétuent dans tous les livres classiques de chirurgie sur cette variété de tumeurs, il était utile de les signaler et de montrer combien elles sont néfastes.

Le polype naso-pharyngien ne s'implante jamais à l'endroit classique, c'est-à-dire sur le trousseau prévertébral. « Nous avons trouvé le point d'insertion toujours large au voisinage des choanes, sur la cloison, le sphénoïde, l'aile in-

terne de l'apophyse ptérygoïde, sur le plafond de la fosse nasale, mais jamais au point indiqué par les auteurs. »

Le polype naso-pharyngien n'a jamais été rencontré par nous chez la femme.

Le polype naso-pharyngien ne contracte pas d'adhérences, il envoie seulement des prolongements et sa base large est toujours pédiculée.

La voie trans-maxillo-nasale de Moure est la méthode de choix, c'est la seule qui permette d'avoir un large accès sur la fosse nasale et surtout sur la tumeur qu'il est facile d'énucléer et dont on peut contrôler et voir la base d'implantation.

Polypes fibreux naso-pharyngiens. — En collaboration avec le professeur Moure.

(Communication faite à la Société Anatomo-Clinique de Bordeaux, le 5 janvier 1914).

Un cas d'épithélioma de la langue inopérable et à marche rapide chez un jeune homme de vingt-deux ans (*Revue de laryngologie* de Moure, 1916).

Cette observation ne présente d'intérêt que par la rareté du fait clinique, vu l'âge du malade.

Cancer de l'œsophage développé sur une cicatrice. Fistule œso-bronchique. Gastrostomie. Mort par ouverture de l'aorte.

1° Pièces anatomiques. Communication à la Société Anatomo-Clinique;

2° *Revue de laryngologie* de Moure, 15 mai 1917, n° 9; en collaboration avec le Dr Drouin.

L'histoire de ce malade fut très curieuse parce que l'œsophagoscopie qui avait permis de diagnostiquer la tumeur œsophagienne ainsi que sa nature n'avait nullement attiré l'attention du côté de la bronche et de l'aorte. La pièce anatomique, conservée au Musée de la clinique Moure, est des plus démonstratives.

IV. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Considérations cliniques sur l'oto-rhino-laryngologie en temps de guerre. 1er septembre 1914 au 1er janvier 1915 (Thèse de Bordeaux, janvier 1915). — Mention « Extrêmement bien ».

Cette Thèse, qui est une thèse de spécialité, constitue une vue d'ensemble sur l'oto-rhino-laryngologie au début de la guerre.

L'oto-rhino-laryngologie en temps de guerre (*Journal de Médecine de Bordeaux*; 3 articles en 1916).

Dans trois articles écrits en 1916, nous avons envisagé les blessures des oreilles, du nez et du larynx.

Les idées émises et les résultats obtenus se trouvent développés avec plus d'ampleur dans notre livre de la pathologie de guerre du larynx et de la trachée que nous avons analysés plus haut.

Les sinusites maxillaires de la guerre (*Revue de laryngologie* de Moure, 31 janvier 1916).

Nous avons tenu à faire remarquer combien étaient différentes, au point de vue du pronostic et du traitement, les sinusites maxillaires civiles de celles occasionnées par des projectiles de guerre. La radiographie et l'extraction du projectile sous écran sont la règle.

⁎ LES PLAIES DE GUERRE DU LARYNX ET DE LA TRACHEE. — En collaboration avec le professeur Moure. (Article important avec nombreuses figures paru dans la *Revue de chirurgie*, juillet et août 1916).

Cet article important a été le prélude de notre livre de pathologie de guerre du larynx et de la trachée.

Nous avons étudié les blessures qui furent occasionnées par les projectiles au niveau de l'arbre laryngo-trachéal.

Ce serait tomber dans des redites que de résumer la teneur de ce mémoire, car nous avons développé longuement plus haut l'analyse de notre ouvrage.

✱ L'ANESTHÉSIE LOCALE.

1er article : Sa technique pour les interventions chirurgicales sur les sinus frontaux ou maxillaires (*Restauration maxillo-faciale*, nº 7, octobre 1917).

2e article : Sa technique pour la chirurgie de l'oreille (*Revue de laryngologie* de Moure, nºs 19-20, 15 et 31 octobre 1918).

Ces deux articles avaient pour but de « codifier » la technique de l'anesthésie locale. Nous les avons jugés insuffisants car ils ne traitent que d'une partie de l'oto-rhino-laryngologie. Dans ces conditions, nous avons cru faire œuvre utile en publiant notre livre sur l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie que nous avons résumé plus haut. Nous ne saurions y revenir.

Sur plusieurs cas de corps étrangers du larynx et des voies aériennes (*Revue de laryngologie* de Moure, 15 juin 1916, nº 11).

Sur un cas de corps étranger du larynx. Ablation par les voies naturelles. Guérison.

(Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 8 octobre 1920; présentation de la malade.) (*Gazette hebdomadaire des hôpitaux.*)

Ces articles sur les corps étrangers des voies aériennes ont eu pour but d'insister sur le fait que l'intervention chirurgicale doit être *hâtive et précoce.*

La périchondrite aiguë du larynx dite primitive (*Revue de laryngologie* de Moure, 15 février 1918, nº 3).

C'est l'histoire d'un malade très intéressant car cette affection primitive du larynx est très rare.

Depuis cette publication nous avons eu l'occasion d'en examiner un autre cas.

Il s'agit d'une affection très douloureuse, bruyante et survenue après un refroidissement que Trousseau a devinée et décrite depuis de nombreuses années.

Epithélioma de l'amygdale gauche. Ablation par voie externe. Guérison (*Revue de laryngologie* de Moure, janvier 1918, n° 1).

Il s'agissait d'une femme qui était atteinte d'un épithéliome de l'amygdale et dont la tumeur fut enlevée par la voie transmandibulaire. L'intérêt de cette publication réside dans la description d'un appareil spécial de prothèse qui a pour but de coapter les deux paquets du maxillaire inférieur et d'obtenir une consolidation rapide, ce dont on s'assure par la radiographie.

* LES LARYNGO-STENOSES CICATRICIELLES DE GUERRE.

Cette question à laquelle nous nous sommes attachés et que nous avons tout particulièrement étudiée a été mise au point par nous. La description clinique, l'examen et le traitement ont été longuement développés dans notre livre de pathologie de guerre du larynx et de la trachée. Nous dirons simplement que par l'emploi de *procédés personnels* nous avons pu obtenir les résultats qui sont publiés dans les nombreux articles ci-dessous. Il s'agissait de militaires qui étaient voués au port définitif de la canule, ce qui en faisait de véritables infirmes; actuellement, la plupart d'entre eux sont complètement guéris et ont repris leurs occupations avec quelque ménagement.

1° **Sur un cas de laryngo-sténose cicatricielle de guerre.** Traitement chirurgical. Présentation d'un malade à la Société Anatomo-Clinique de Bordeaux, séance du 24 novembre 1919, et publiée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 février 1920, n° 4;

2º **La cure chirurgicale des laryngo-sténoses cicatricielles de guerre.** Travail de candidature comme membre de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie.

Publié : 1º Dans les *Bulletins de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie*, 1919, page 439;

2º *Revue de laryngologie* de Mourc, 29 février 1920, nº 4.

3º **Le traitement chirurgical des sténoses cicatricielles de guerre du larynx et de la trachée.** Ses résultats :

Présentation de blessés guéris ;
Présentation de blessés en cours de traitement;
Figures de cire et dessins en couleurs.

Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie le 5 mars 1920.

Publiée dans la *Gazette hebdomadaire des hôpitaux*, 2 mai 1920, nº 18.

4º **Les suites éloignées du traitement chirurgical des laryngo-sténoses.** Communication faite au Congrès de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie le 11 mai 1920, à Paris.

Présentation de malades et de dessins.

* LE CANCER DU LARYNX.

1º **La cure chirurgicale du cancer du larynx.**

L'Oto-rhino-laryngologie internationale, 1918;
Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux avec présentation de malades (décembre 1919).

2º **Résultat éloigné de la laryngectomie totale pour le cancer du larynx.**

Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie le 8 octobre 1920. Présentation d'un malade opéré depuis plus de deux ans. Guérison.

3° **Les soins post-opératoires après la laryngectomie totale; leur importance capitale** (*Revue de laryngologie* de Moure 15 juillet 1918, n° 13).

Ces trois publications sur la chirurgie du cancer du larynx sont intéressantes parce qu'elles sont le résultat des opérations (thyrotomies et laryngectomies totales) faites dans le service du professeur Moure depuis de nombreuses années. Nous avons cru faire œuvre utile en posant d'une manière nette et précise les *indications opératoires* et surtout en insistant sur la grande importance des *soins post-opératoires*, qui sont la principale raison du succès dans la chirurgie du cancer du larynx.

Les *résultats éloignés* permettent de conclure que l'on doit tenter la cure chirurgicale du cancer du larynx.

Sur un cas d'ulcération des cordes vocales d'origine grippale (*Revue de laryngologie* de Moure, 15 avril 1920, n° 7).

Nous avons décrit un cas clinique qui n'est intéressant que par la rareté et l'aspect objectif de la lésion.

Les injections intra-trachéales par la voie intercrico-thyroïdienne. Travail de candidature à la Société de Médecine et de Chirurgie (Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Bordeaux*, 16 avril 1920. — *Gazette hebdomadaire des hôpitaux*, juin 1920, n° 23).

La plupart des médecins généraux se servent des voies naturelles pour faire une injection médicamenteuse dans le larynx et la trachée; malheureusement, quelle que soit l'habileté du praticien, il envoie souvent le médicament dans l'œsophage.

Aussi avons-nous proposé d'utiliser la voie externe dite intercrico-thyroïdienne qui est très simple, très facile, et permet à coup sûr de faire l'injection dans la trachée ou le larynx.

Dans cet article sont décrits minutieusement la technique personnelle, l'instrumentation et les résultats de ce nouveau mode thérapeutique.

Les résultats opératoires obtenus dans notre service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Plantières à Metz.

1° **L'ablation sous-capsulaire du goitre. Anesthésie locale. Ses résultats.**

(Présentation des malades.)

2° **Sinusite frontale avec abcès extra-dural. Cure radicale. Guérison.**

(Présentation du malade)

3° **L'Antrotomie. Procédé de Moure. Ses résultats.**

(Présentation des malades.)

Au moment de quitter notre service à Metz nous avons fait les communications ci-dessus à l'Hôpital Militaire de Plantières en juin 1919.

Nous avons tenu à exposer la technique opératoire de ces différentes interventions et les résultats obtenus dans notre service.

La syphilis et l'oto-rhino-laryngologie.

1er article : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL.

(*L'Oto-rhino-laryngologie internationale*, n° 9, septembre 1920.)

Le but de cet article sur la syphilis est le suivant :

Attirer l'attention des spécialistes oto-rhino-laryngologistes sur le fait que la syphilis doit être diagnostiquée le plus tôt possible et traitée dès le début avec énergie jusqu'à la guérison complète.

Pour arriver à ce résultat, il faut faire appel non seulement à la clinique mais encore aux découvertes récentes dont

la recherche du spirochète, la séro-réaction dans le sang et l'étude du liquide céphalo-rachidien sont les principales.

Le spécialiste doit être avant tout un bon médecin général et, s'il veut faire œuvre utile, connaître à fond la pathologie générale et savoir y recourir.

A paraître :

2e article : LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS SYPHILITIQUES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE EN PARTICULIER.

1o Accidents primaires;
2o Accidents secondaires;
3o Accidents tertiaires;
4o Syphilis héréditaire et scrofulate de vérole.